https://doi.org/10.22067/jgrd.2023.76408.1138

Examining the Self-Sufficiency and Urban Health Status and Proposing Possible Solutions in the Context of the COVID-19 Pandemic (Case Study: Jiroft City)[1]

Zahra Afzali Goruh[1]
PhD in Geography and Urban Planning, University of Zanjan, Zanjan, Iran

Isa Piri[2]
Assistant Professor in Geography and Urban Planning, University of Zanjan, Zanjan, Iran

Amir Reza Khavarian- Garmsir
Assistant Professor in Geography and Urban Planning, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Ahmad Pour Ahmad
Professor in Geography and Urban Planning, University of Tehran, Tehran, Iran

Received: 2 July 2022 *Revised: 22 September 2022* *Accepted: 31 October 2022*

Abstract
Most countries suffere from a pandemic and an increase in the number of confirmed cases, so they adopt different strategies to respond to the outbreak and use all possible resources effectively and quickly in an anti-pandemic campaign. In addition to meeting daily needs, urban structures must have the basic capacity to respond to emergencies. This study aimed to provide a comprehensive picture of urban health self-sufficiency status in Jiroft and to provide possible solutions to respond to emergencies in COVID-19 conditions. Data were collected through interviews and documentary method using the COVID-19 prevalence statistics of Jiroft City until December 2021 and the comprehensive plan of Jiroft City (2016). The study's statistical population included the city's five districts based on the master plan and the experts present in a symposium. For data analysis, EDAS and the importance and performance of IPA were used. The results showed that Jiroft as a whole has not acted as a self-sufficient environment in pandemic conditions. Only area two has been able to withstand the pandemic due to the concentration of urban health components. The strategies of moving doctors' offices from Rajaei Street to side

1. This paper is an extract from Zahra Afzali Goruh doctoral dissertation, the title "Explanation of a model for managing epidemic crises based on the healthy city approach: a case study of the Covid-19 disease in Jiroft city".

2. Corresponding author. Email: isapiri@znu.ac.ir

streets, setting up active arrangements for every organization, and obtaining a separate budget for every organization were recognized as the most probable solution according to the conditions of Jiroft city.

Keywords: Urban Health, Self-sufficiency, COVID-19, Jiroft

https://doi.org/10.22067/jgrd.2023.76408.1138

مقاله پژوهشی-مطالعه موردی

مجلّهٔ جغرافیا و توسعهٔ ناحیه‌ای، سال بیست و یکم، شمارهٔ ٤، زمستان ١٤٠٢، شمارهٔ پیاپی ٤٥

بررسی وضعیت خودبسندگی و سلامت شهری و ارائهٔ راهکارهای محتمل در شرایط اپیدمی کُوید-١٩ (مطالعهٔ موردی: شهر جیرفت)

زهرا فضلی گروه (دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه زنجان،زنجان،ایران)
zahra_afzali@znu.ac.ir

عیسی پیری (استادیار جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران،نویسنده مسئول)
isapiri@znu.ac.ir

امیررضا خاوریان گرمسیر (استادیار جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران)
a.khavarian@geo.ui.ac.ir

احمد پوراحمد (استاد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه تهران،تهران، ایران)
apoura@at.ac.ir

صص ٥٣ ـ ٢٩

چکیده

امروزه بیشتر کشورها از اپیدمی و افزایش تعداد نمونه‌های مبتلای تأییدشده رنج می‌برند و راهبردهای متفاوتی برای پاسخ به شیوع اتخاذ می‌کنند و همچنین از همه منابع ممکن به‌طور مؤثر و باسرعت در مبارزهٔ ضداپیدمیک بهره می‌برند. ساختار شهرها باید علاوه‌بر تأمین نیازهای روزانه، ظرفیت پایه‌ای برای پاسخ به شرایط اضطراری داشته باشد. هدف پژوهش حاضر، ارائه تصویری جامع از وضعیت خودبسندگی سلامت شهری در شهر جیرفت در بعد ناحیه و ارائه راهکارهای محتمل برای پاسخ‌دهی به شرایط اضطراری در همه‌گیری کُوید-

١.این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول با عنوان «تبیین مدلی جهت مدیریت بحران‌های اپیدمیک برپایه رویکرد شهر سالم: نمونه موردی بیماری کُوید-١٩ در شهر جیرفت» است.

تاریخ دریافت: ١٤٠١/٠٤/١١ تاریخ بازنگری: ١٤٠١/٠٦/٣١ تاریخ تصویب: ١٤٠١/٠٨/٠٩

۱۹ بود. روش پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت جزو تحقیقات توصیفی-تحلیلی بود. گردآوری داده‌ها از دو شیوه اسنادی با استفاده از آمار همه‌گیری کُوید-۱۹ شهر جیرفت تا دی‌ماه ۱٤۰۰ و طرح جامع شهر جیرفت (۱۳۹۵) و همچنین شیوه میدانی مصاحبه انجام شد. جامعه آماری تحقیق شامل نواحی پنج‌گانه شهر براساس طرح جامع و متخصصان حاضر در یک جلسه هم‌اندیشی بود. در تحلیل داده‌ها از تکنیک تصمیم‌گیری چندمعیاره EDAS و اهمیت و عملکرد IPA استفاده شد. نتایج تحقیق نشان می‌دهد، شهر جیرفت به‌طور کل به‌عنوان محیط خودبسنده در شرایط اپیدمی عمل نکرده است. تنها ناحیه ۲ به دلیل تمرکز مؤلفه‌های سلامت شهری توانسته است در برابر اپیدمی خودبسنده باشد همچنین راهکارهای جابه‌جایی مطب دکترها از خیابان رجایی در خیابان‌های فرعی، قرار دادن انتظامات فعال برای هر سازمان و اخذ بودجه مجزا برای هر سازمان و ارگان به‌عنوان مقابله با بیماری‌های اپیدمی، محتمل‌ترین راهکارها با توجه به شرایط شهر جیرفت شناخته شده‌اند.

واژگان‌کلیدی: سلامت شهری، خودبسندگی، **کُوید-۱۹، شهر جیرفت.**

۱. مقدمه

بیماری همه‌گیر ناشی از ویروس کرونا باعث مرگ‌ومیرهای متعددی در سراسر جهان شده است و بر همه حوزه‌های زندگی تأثیر گذاشته است (بروکس[1] و همکاران، ۲۰۲۰، ص. ۹۱۳؛ فیوریلو و گوروود[2]، ۲۰۲۰، صص. ۲-۱؛ مورنو[3] و همکاران، ۲۰۲۰، ص. ٤۱٤؛ پاتریک[4] و همکاران، ۲۰۲۰، صص. ٤-۲؛ وایت و ون در بور[5]، ۲۰۲۰، صص. ٤-۱). مسائل مربوط به شهرهای امروز کشور از نظر طراحی و ساختار اقتصادی و فرهنگی، برای مواجه با کرونا بدین‌گونه است که با نگاه به شهر به‌عنوان موجود زنده و رشدیابنده، بیماری‌های همه‌گیر همواره به‌مثابه واسطه و نقطه عطف تغییرات و تدابیر مدنظر هستند. با توجه به اینکه امروزه ٥٦ درصد از جمعیت جهان، شهرنشین هستند و این آمار تا سال ۲۰۵۰ تا ٦۷ درصد افزایش خواهد یافت،

1. Brooks
2. Fiorillo & Gorwood
3. Moreno
4. Patrick
5. White & Van Der Boor

مسئله این است که در شرایط حاضر تا چه حد آماده‌ایم به مقابله با کُوید-۱۹ همگام با دیگر مسائل بپردازیم؟ (سالاری سردری و کیانی، ۱۳۹۹، ص. ۵) جغرافی‌دانان حوزه بهداشت-درمان و پزشکی برای دستیابی به درک سیستماتیک از سلامت، عوامل سیاسی-اقتصادی شکل‌دهنده توزیع مکانی بیماری را بررسی کرده‌اند (هاگت[۱]، ۱۹۹٤، صص. ۹۳-۹۲؛ کرنز[۲]، ۱۹۹۳، ص. ۱٤۰؛ مایر[۳]، ۱۹۹٦، صص. ٤٤۸-٤٤۳).

توانایی شهرها در پاسخ‌گویی به کوید-۱۹ با ارائه خدمات و سیستم‌های زیربنایی موجود و سرمایه‌گذاری آن‌ها در کاهش ریسک و آمادگی برای مقابله با بلایا تعیین می‌شود که این نشان می‌دهد قدرت و مدت‌زمان تأثیرات کوید-۱۹ نه‌تنها توسط تراکم جمعیت شهر تعیین می‌شود، بلکه ظرفیت و آمادگی محلی برای مقابله با چنین بحران‌هایی، توسط زیرساخت‌ها و سیستم‌های ارائه خدمات و منابع عملکردی نیز تعیین می‌شود (گروه بانک جهانی[٤]، ۲۰۲۰). هر کشوری باید به دنبال یافتن راه‌حل‌های منطقی، منعطف و مؤثر در شرایط سازمانی خویش باشد (مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی شهر تهران، ۱۳۹۹، صص. ۷-٤).

اپیدمی‌ها از نظر تاریخی، برنامه‌ریزی شهری را برای سازگاری شهرها با بیمارهای واگیر تحت‌فشار قرار می‌دهند؛ به‌طوری‌که شهرها باید بسیار مقاوم‌تر از بیماری‌های همه‌گیر باشند (ابوسادا و الشاطر[٥]، ۲۰۲۰، صص. ۲-۱). هنگام گسترش اپیدمی، هر شهری باید ابتدا برای نجات خویش به خود متکی باشد و تنها زمانی حمایت خارجی برایش لازم می‌شود که ظرفیت شهر برای رویایی با شیوع اپیدمی، دیگر کافی نباشد. از منظر بهسازی و توسعهٔ شهری، توانایی شهر برای پاسخ به شیوع، به ثبات و سالم بودن امکانات موجود برای سلامت و بهداشت عمومی، عقلانی بودن توزیع فضایی و سازگاری میان زیرساخت‌های مربوط به سلامت عمومی بستگی دارد و اگر شهر ظرفیت مدیریتی و استراتژیک کافی داشته باشد، این امکان وجود دارد که با منابع موجودی که نسبتاً ناکافی است، به نتایج نسبتاً بهتری دست یابد و به‌عنوان یک شهر پاسخ‌ده عمل کند (مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی شهر تهران، ۱۳۹۹، صص. ٦-٤).

1. Haggett
2. Kearns
3. Mayer
4. Work Bank Group
5. Abusaada & Elshater

در این راستا، پژوهش حاضر ابتدا به ارزیابی وضعیت سلامت شهری در نواحی شهری جیرفت می‌پردازد و به دنبال آن راهکارهای محتمل برای رسیدن به خودبسندگی در شرایط کنونی را ارائه دهد. به این دلیل شهر جیرفت به‌عنوان قلمرو پژوهش حاضر برگزیده شد که براساس آمار و اطلاعات موجود مختلف درباره سلامت، در شرایط کنونی مرکز خدمات‌دهی به هفت شهرستان جنوب استان کرمان است و فاصله چشمگیری با استانداردهای بهداشت جهانی دارد. جاذب جمعیت از شهرهای پیرامون به‌خصوص در زمینه درمانی در شرایط کنونی، کمبود زیرساخت‌ها در بخش بهداشت و درمان در پاسخ‌دهی به نواحی شهری، تمرکز مؤلفه‌های سلامت در نقاط خاصی از شهر، دسترسی یکسان نداشتن ساکنان به خدمات و به دنبال آن طی کردن مسافت طولانی برای دسترسی به خدمات به دیگر نقاط شهر، نبود برنامه‌ریزی منسجم مدیریتی در جهت رفع این اختلالات و... ازجمله مواردی هستند که پرداختن به مقولهٔ سلامت و ارائه راهکارهای عملی شهری را در این شهر اجتناب‌ناپذیر کرده‌اند. از طرفی گنجاندن و ارزیابی ظرفیت‌های موجود در سطح کارکردی-فضایی، فرایند مهمی برای شناسایی قوت‌ها و ضعف‌ها است که می‌تواند بر آمادگی، تشخیص و پاسخ‌گویی به تهدیدات امنیت سلامت تأثیر بگذارد و درنهایت پایداری شهری را تقویت کند (ویلکینسون[1]، ۲۰۲۰، ص. ٥٠٤)؛ ازاین‌رو پژوهش حاضر با طرح پرسش‌های اساسی در پی پاسخ‌گویی به آن‌ها است. این پرسش‌ها عبارت‌اند از: شهر جیرفت تا چه میزان توانسته است به‌عنوان محیط خودبسنده در شرایط کوید-۱۹ عمل کند؟ محتمل‌ترین راهکارها برای رسیدن به محیط پاسخ‌ده به شرایط اپیدمی در جیرفت کدام‌اند؟

۲. پیشینه تحقیق

پیشینه تحقیق با در نظر گرفتن دو اصل مهم «سلامت شهری و کوید-۱۹» بررسی می‌شود؛ شیرمحمدی و همکاران (۱٤٠٠) به تبیین الگوی تاب‌آوری شهر در مقابله با بلایای بیولوژیک و بیماری واگیردار کوید-۱۹ پرداختند. نتایج حاکی از آن است که رابطه مؤلفه فرهنگی-اجتماعی و تاب‌آوری در مقابل بیماری‌های اپیدمیک بیشتر و در مقابل با مؤلفه مدیریتی-فرهنگی داری کمترین ارتباط بوده است. مجتبوی و همکاران (۱٤٠٠) در مطالعه‌ای شناسایی و دسته‌بندی

1. Wilkinson

مشکلات موجود در فضای مسکونی در دوران کرونا و پساکرونا پرداختند. روش این پژوهش، ترکیبی و در دو بخش کیفی و کمّی انجام گرفته است. در بخش اول که ماهیت کیفی دارد، با مرور پیشینه و پژوهش‌های حوزه روان‌شناسی محیط و سلامت، به استخراج مدل مفهومی اولیه پژوهش (ارائه مؤلفه‌های مؤثر بر ارتقای سلامت) پرداخته شد. در بخش دوم، مؤلفه‌ها و شاخص‌های به‌دست‌آمده، توسط متخصصان حوزه معماری و روان‌شناسی سنجش شد. مدل نهایی ارائه شد و در نمونه موردمطالعه به وسیله پرسش‌نامه بررسی شد. خمرنیا و همکاران (۱٤۰۰) در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر ویروس کرونا بر تشدید چالش‌های حوزه سلامت پرداختند. در این راستا مشکلات و چالش‌های حوزه سلامت و درمان در استان‌های کم‌برخوردار را در دو گروه عوامل درونی و عوامل بیرونی نظام سلامت کشور دسته‌بندی کردند. سالاری سردری و کیانی (۱۳۹۹) در مقاله‌ای براساس نظریات متعارف جغرافیای پزشکی و اثرات فضایی پخش بیماری‌ها و همچنین اثرات کالبدی- فیزیکی/ساختاری در فضاهای شهری و تبیین آینده‌نگری به تحلیل وضعیت ساختار شهری و ویروس کرونا در دو شهر زابل و عسلویه پرداختند.

موراتیدیس و یاناکو[1] (۲۰۲۲) در مطالعه‌ای به ارزیابی نقش محیط ساخته‌شده شهری در سلامت و رفاه به‌طور قابل‌توجهی در دوره کوید-۱۹ در مقایسه با قبل از اپیدمی پرداختند. تیان[2] و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه خود نشان دادند که شاخص سلامت کیفیت، شاخص سلامت کیفیت هوا، سطح ازدحام شهری و سطح غلظت دی‌اکسید و نیتروژن و با دوره اپیدمی ارتباط زیادی داشت. لئو[3] (۲۰۲۰) به عواقب شیوع و گسترش ویروس در شهرهای متمرکز بود و شیوع کوید-۱۹ جدید را به‌عنوان چالش اساسی در مدیریت و برنامه‌ریزی شهری تلقی کرد. کانلی[4] و همکاران (۲۰۲۰) به دنبال پژوهش درباره فضاهای سالم و ناسالم بودند و به این نکته توجه داشتند که چگونه الگوهای شهرنشینی فزاینده می‌تواند بر شیوع احتمالی و مکانیسم‌هایی که از طریق آن می‌توان چنین خطراتی را کاهش داد، تأثیر بگذارد. میشرا[5] و همکاران (۲۰۲۰) به بررسی تأثیرات جهانی همه‌گیر قبل و بعد از کوید-۱۹ پرداختند و اذعان داشتند در سطح جهان، کوید-

1. Moratidis &Yanako
2. Tian
3. Liu
4. Connolly
5. Mishra

۱۹ نه‌تنها بر سلامت عمومی اجتماعی تأثیر گذاشته، بلکه بر سطح اقتصادی نیز به‌شدت تأثیر گذاشته است. کاهش قابل‌توجهی در درآمد، افزایش بیکاری و حواس‌پرتی در حمل‌ونقل، امکانات و بخش‌های صنعتی از مهم‌ترین نگرانی‌های ناشی از کاهش بیماری همه‌گیر است.

در مقاله حاضر با بهره‌گیری از برخی از رهیافت‌های تحقیقات پیشین در این زمینه، سعی شده است با استفاده از روش تحلیل اسنادی متکی بر روش میدانی، به شناسایی وضعیت سلامت و خودبسندگی شهری و درعین‌حال به تبیین و ارائه راهبردهایی برای بهبود وضعیت حین بحران پرداخته شود.

۳. روش‌شناسی تحقیق

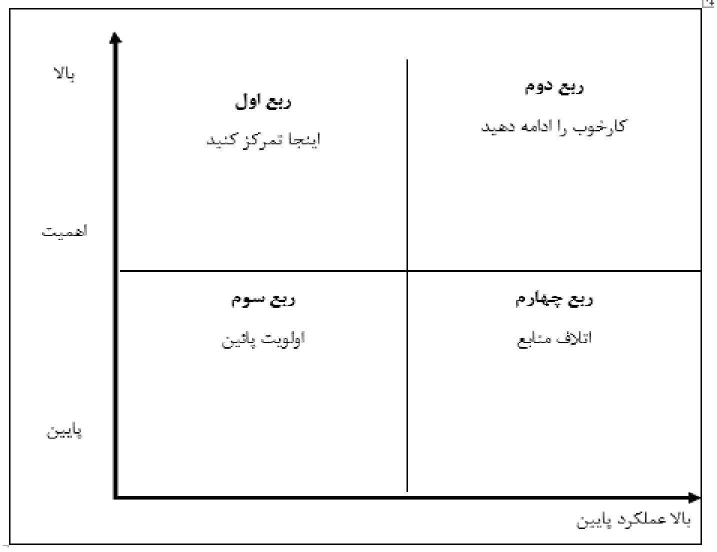
۳. ۱. روش انجام تحقیق

تحقیق حاضر برمبنای هدف از نوع تحقیقات کاربردی و براساس ماهیت و روش توصیفی‌–تحلیلی بود. جامعه آماری تحقیق شهر جیرفت بود. جمع‌آوری داده‌ها با توجه به دو هدفِ بودن تحقیق، برای هدف اول یعنی ارزیابی خودبسندگی، به شیوه اسنادی و کتابخانه‌ای با استفاده از آمار شیوع ویروس کرونا در شهر جیرفت تا دی‌ماه (۱٤۰۰) و طرح جامع شهر جیرفت (۱۳۹۵) و همچنین کنترل و به‌روز کردن این داده‌ها از طریق بازدید میدانی، صورت گرفت. جامعه آماری پژوهش شامل نواحی پنج‌گانه شهر جیرفت، براساس طرح جامع مصوب سال ۱۳۹۸ بود. شاخص‌های مورداستفاده، شش شاخص توزیع خدمات درمانی–بهداشتی و شیوع ویروس کرونا در سطح نواحی شهر جیرفت بود. با توجه به اینکه موضوع تحقیق پدیده نوظهور کوید را بررسی می‌کند و هدف تحقیق بررسی وضعیت سلامت و خودبسندگی است، سعی شده است متغیرهایی دخیل داده شوند که به‌طور مستقیم در نمایش مسئله تحقیق نقش داشته باشند. شاخص‌های موردمطالعه در تحقیق عبارت‌اند از: ۱. تعداد پایگاه‌های بهداشت و سلامت در شرایط کوید–۱۹: با توجه به اینکه در شرایط اپیدمی، وظیفه رسیدگی و پیگیری احوالات بیماران درگیر وجود دارد و نواحی از شهر جیرفت هستند، از تعداد پایگاه‌ها بیشتری برخوردارند؛ ۲. سرانه درمانی و بهداشتی: هرچه سرانه بهداشتی و درمانی ناحیه بیشتر باشد، دسترسی ساکنین به خدمات آسان‌تر است؛ ۳. جمعیت: در بررسی وضعیت برخورداری، سلامت، عدالت جمعیت یکی از مؤلفه‌های اصلی است که تعادل بین پراکنش خدمات و جمعیت، به‌عنوان موضوعی کلیدی مطرح است؛

٤. مساحت کاربری‌های درمانی: در شهرهای میانه و کوچک مساحت زیربنایی ساختمان‌های بهداشتی درمانی کم بوده است؛ به‌طوری‌که در دوره‌هایی که شیوع زیاد است، با کمبود فضای درمانی مواجه بوده‌ایم. گاهی به علت مساحت کم ساختمان‌ها شاهد استفاده از فضاهای بیرون ساختمان‌های درمانی بوده‌ایم؛ ٥. درصد واکسیناسیون بیشتر از ۱۲ سال نشان از سلامت شهری دارد؛ ٦. تعداد موارد مثبت درگیری: این مورد به‌عنوان یک مؤلفه منفی نشان از فقدان پاسخ‌دهی و خودبسندگی محیط دارد.

برای جمع‌آوری داده‌های هدف دوم یعنی ارائه محتمل‌ترین راهکارها در شرایط اضطراری کوید-۱۹ از پرسش‌نامه استفاده شد که تعداد پرسش‌نامه‌های جمع‌آوری‌شده بستگی به تعداد کارشناسان حاضر در جلسه هم‌اندیشی ستاد مبارزه با کوید-۱۹ داشت. درمجموع ۱۰ پرسش‌نامه تکمیل‌یافته جمع‌آوری شد. در تحلیل داده‌ها از تکنیک تصمیم‌گیری چندمعیاره IDAS و تحلیل عملکرد IPA استفاده شد. ابتدا با استفاده از تکنیک ایداس، چگونگی توزیع خدمات شهری در سطح نواحی شهر جیرفت محاسبه و رتبه‌بندی شد. سپس با بهره‌گیری از مدل تحلیل عملکرد IPA محتمل‌ترین راهکارهای مدیریت شرایط اضطراری کوید-۱۹ شناسایی شد. تکنیک (EDAS) به معنی ارزیابی بر اساس فاصله از میانگین راه‌حل است. در این روش گزینه-های مسئله براساس فاصله مثبت و منفی از یک راه‌حل متوسط ارزیابی می‌شوند. یک گزینه جایگزین که دارای مقادیر بیشتر آر فواصل مثبت و مقادیر کمتر آر فواصل منفی از راه‌حل متوسط باشد، با توجه به این روش، گزینه مطلوب‌تر است (پاکزاد و همکاران، ۱٤۰۰، صص. ۷-٤). تکنیک تحلیل عملکرد، ابزار مدیریتی و ارزشیابی مشهور است که از طریق ایجاد تجسمی داده‌هایی که بازخورد فوری فراهم می‌کند، می‌تواند برای تصمیم‌گیری بهبودی سریع و اثربخش استفاده شود (سینیسکالچی[1]، ۲۰۰۸، ص. ۳۲). رویکرد سنتی به تحلیل اهمیت-عملکرد، توسط ماتریس دوبعدی ساختاردهی می‌شود. این ماتریس از دو محور تشکیل شده است که محور عمودی آن اهمیت و محور افقی آن عملکرد است. این ماتریس به چهار ربع تقسیم می‌شود که با نام مدل ربعی[2] تحلیل اهمیت و عملکرد شناخته می‌شود (شکل ۱).

1. Siniscalchi
2. Quadrant Model

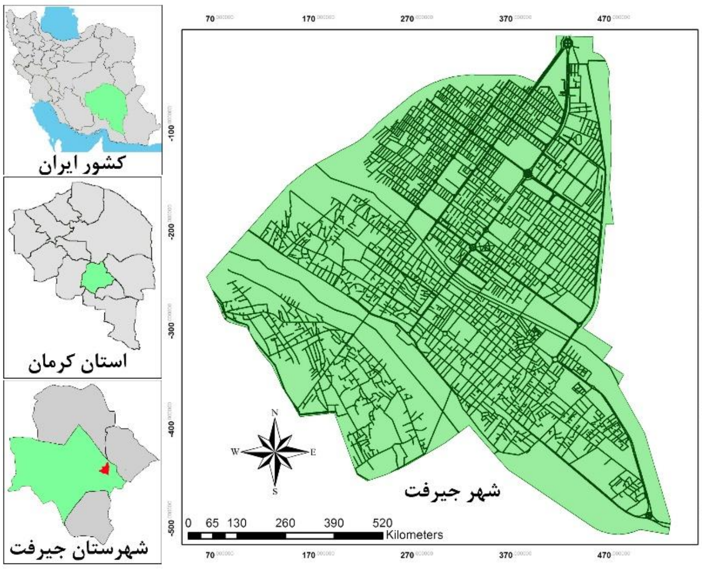


شکل ۱. ماتریس تحلیل عملکرد (IPA)

مأخذ: ترسیم توسط نگارندگان، ۱٤۰۱

شهر جیرفت دارای مساحتی برابر با ۳٦٦۱٫۸۳ هکتار است. شهرستان جیرفت از شمال به شهرستان کرمان از جنوب به شهرستان کهنوج و شهرستان فاریاب، از شرق به بم و از غرب به شهرستان بافت مشرف است. این شهرستان دارای ۳ مرکز شهری، ٤ بخش، ۱٤ دهستان، ۷٦۲ آبادی دارای سکنه است و در موقعیت جغرافیایی "۱۳'٤٤°۵۷ طول شرقی و "۱۳'٤۰°۲۸ عرض شمالی و با ارتفاع متوسط ٦۹۰ متر از سطح دریا در جنوب شرق استان کرمان واقع شده است (غضنفرپور و همکاران، ۱۳۹۸، ص. ٦) (شکل ۱). جمعیت این شهر مطابق با آخرین سرشماری ۱۳۰٤۲۹ نفر بود (سرشماری نفوس و مسکن، ۱۳۹۵). دشت جیرفت با ارتفاع ٤۰۰ تا ٦۰۰ متر از سطح دریا ازجمله کم‌ارتفاع‌ترین دشت‌های داخل ایران است. در این شهرستان، بزرگ‌ترین رودخانه منطقه مرکزی و جنوب شرقی فلات ایران به نام رودخانه هلیل رود جاری است (گروه تهیه نقشه و GIS معاونت برنامه‌ریزی استانداری، ۱۳۹۵). کل بستری‌های ناشی از ویروس کرونا تا آذرماه ۱٤۰۰ در استان کرمان، ٤۱۳۳۵ بستری و کل فوتی‌ها ٤۸۷۵ نفر بود که در شهر جیرفت کل بستری‌ها ۱۹۸۳ نفر و کل فوتی ۱۳۷ نفر بود. یازده پایگاه سلامت و مرکز بهداشت در سطح پنج ناحیه شهری به خدمات‌دهی و پیگیری‌های عمومی اختصاص دارد و بیمارستان امام

خمینی‌شهر جیرفت تنها بیمارستانی است که به بیماران حاد کرونایی خدمات می‌دهد (دانشگاه علوم پزشکی مرکز جیرفت، ۱٤۰۱).



شکل ۲. قلمرو جغرافیای شهر جیرفت

مأخذ: ترسیم توسط نگارندگان، ۱٤۰۱

٤. مبانی نظری تحقیق

براساس برآورد اپیدمیولوژیک، میزان مرگ‌ومیر ناشی از کوید-۱۹ تقریباً ۲ درصد است؛ بااین‌حال، آنچه باعث نگرانی درمورد این بیماری می‌شود، میزان زیاد انتقال از افراد آلوده و انتقال انسان به انسان بوده که عامل اصلی شیوع سریع ویروس است (رضابخش و همکاران، ۲۰۲۰، صص. ۳-۱). شهر مکان تجربه مدرنیته و محل تولید و عرضه دستاوردهای بشر است. نوگرایی شهری، علاوه‌بر افزایش امکانات و خدمات شهری، رفاه شهروندان را بهبود می‌بخشد و بخشی از تهدیدهای شهرهای سنتی را کم می‌کند و شهرهای امروزی را به مکان‌های پرمخاطره تبدیل می‌کند؛ مخاطراتی که با تهدیدها و خطرهای دوره‌های قبل از مدرنیته تفاوت دارد (قاسمی، ۱۳۹۹، ص. ۲۲۹). مخاطره یعنی نگرانی بزرگ جامعه درباره تطابق با خطرات زندگی مدرن (ایمانی جاجرمی، ۱۳۸۷، ص. ۱۲۷). شیوع کرونا، بحران جهانی است و علاوه‌بر اثرات زیستی

باید در انتظار اثرات اقتصادی ناشی از آن بود. تأثیرات اجتماعی و روانی آن تا مدت‌ها گریبان‌گیر شهرها خواهد بود (حائری، ۱۳۹۹، ص. ۲۵۷).

در برنامه‌ریزی شهر سالم، برنامه‌ریزان شهری بیشتر به سلامت انسان توجه می‌کنند و اهداف سلامتی و تندرستی انسان را در مرکز فرایند تصمیم‌گیری خود قرار می‌دهند. این نوع برنامه‌ریزی کمک می‌کند که اقتصاد سالم، محیط سالم و اجتماع سالم ایجاد شود (شیخ‌زاده و همکاران، ۱۳۹۷، ص. ۹۹). ایده شهرهای سالم یک خلاقیت و ابتکار در ارتقای سلامت و بهداشت، برنامه‌ریزی شهری، حفظ اکوسیستم شهری و حرکت به‌سوی تمرکززدایی از بخش‌های حکومتی و دولتی به‌سوی فعالیت بین بخشی و مشارکت اجتماعی است. در ایران با گسترش شهرنشینی، مشکلات فراوانی ازجمله در حوزه زیست‌محیطی و بهداشتی برای شهروندان به وجود آمده است؛ ازاین‌رو ضرورت توجه به رویکرد شهر سالم به‌عنوان یکی از رویکردهای مهم در مطالعات شهری و روستایی و حتی در مقیاس ملی، الزامی است. این رویکرد به بررسی کیفیت زندگی افراد یک جامعه از بعد زیست‌محیطی، سلامت جامعه، محیط زندگی فردی و اجتماعی، رفاه اجتماعی و... می‌پردازد (مختاری و ایلانلو، ۱۳۹۸، ص. ۲۹۸).

خودبسندگی به معنای بی‌نیازی، استغنا، خودکفایی و خودبسایی است. توانایی تأمین تمامی احتیاجات بدون کمک گرفتن از دیگران تعریف شده است. درواقع در این نگاه، شهر، ارگانیسم زنده تلقی می‌شود؛ یعنی طراحی آن براساس سایت و موقعیت قرارگیری آن صورت می‌گیرد و طرح هوشمندانه به ویژگی‌های اجتماعی، فرهنگی، زیرساختی و اقتصادی پیرامونش پاسخ می‌دهد. در این بین پرسش‌هایی به ذهن متبادر می‌شود نظیر آیا می‌توان به تعریف جامعی خودبسنده رسید؟ رشد جوامع بشری را می‌توان آغازی بر تفکر اجتماعات خودبسنده دانست؛ چراکه محیط پیرامون به علت فعالیت‌های صنعتی و انسانی در معرض آسیب و تهدید قرار گرفته بود. در تعریف کلی می‌توان بیان کرد که زیست‌بوم‌های خودبسنده، اکوسیستم‌هایی هستند که غذا و پناهگاه را بدون استفاده از منابع بیرونی، برای انسان و سایر اگانیسم ها ایجاد می‌کنند (ظفرمند و کلانتری، ۱۳۹۳، ص. ۲).

۵. یافته‌های تحقیق

۵. ۱. بررسی تحلیل وضعیت سلامت شهری و خودبسندگی در نواحی شهر جیرفت در شرایط اپیدمی کوید-۱۹ با استفاده از تکنیک (EDAS)

این تکنیک در زمره روش‌های معیار گزینه‌ای است؛ یعنی هدف آن رتبه‌بندی گزینه‌های مسئله تصمیم‌گیری است. در این روش باید وزن معیارها نیز از قبل محاسبه‌شده باشد که در این پژوهش با استفاده از تکنیک سوارا محاسبه شده است.

همان‌طور که در رابطه (۱) دیده می‌شود، اولین گام، روش تشکیل ماتریس تصمیم است. ماتریس تصمیم این روش درواقع ارزیابی هر گزینه نسبت به هر معیار است. مشخص است تمام شاخص‌های این مرحله به طریقی کمی ارزیابی می‌شوند. ازآنجایی‌که جمع‌آوری داده مدنظر برحسب حوزه‌های تفکیکی مراکز و پایگاه‌های بهداشت بوده است، با نواحی شهر جیرفت تطبیق داده شده است. تمامی شاخص‌ها به‌جز شاخص درصد موارد مثبت ابتلا، مثبت و کمی هستند. در ادامه در استفاده از رابطه زیر میانگین راه‌حل برای معیارها محاسبه می‌شود که درواقع همان میانگین داده‌ها برای هر ستون معیار است. رابطه (۱):

$$AV = [AV_j]_{1\times m},$$

where,

$$AV_j = \frac{\sum_{i=1}^{n} X_{ij}}{n}.$$

جدول ۱. ماتریس نرمالیزه و همسان‌سازی داده‌ها

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۱

وزن	۰/۳۰۵	۰/۱۶۲	۰/۲۱۵	۰/۱۲۷	۰/۱۰۴	۰/۰۸۷
جهت	+	+	+	+	+	-
نواحی	C1	C2	C3	C4	C5	C6
A1	۰/۱۶۷	۰/۰۳۹	۰/۰۳۴	۰/۲۱	۰/۱۸۳	۰/۱۹۷
A2	۰/۱۶۷	۰/۶۰۴	۰/۸۲۹	۰/۲۰۵	۰/۲۳۱	۰/۲۹۴
A3	۰/۱۶۷	۰/۳۳۳	۰/۰۹۳	۰/۱۹۸	۰/۱۰۵	۰/۰۹۴
A4	۰/۳۳۲	۰/۰۱۶	۰/۰۲۸	۰/۱۸۲	۰/۳۰۱	۰/۲۷۷
A5	۰/۱۶۷	۰/۰۰۸	۰/۰۱۶	۰/۲۰۵	۰/۱۸	۰/۱۳۸
AV	۰/۲۰	۰/۲۰	۰/۲۰	۰/۲۰	۰/۲۰	۰/۲۰

در ادامه در این گام با استفاده از روابط زیر، مقادیر فاصله مثبت از میانگین (PDA) و فاصله منفی از میانگین (NDA) را محاسبه می‌کنیم. اگر معیار جنبه مثبت داشته باشد، از رابطه (۲) استفاده می‌شود. جنبه مثبت یعنی افزایش معیار باعث سود شود. رابطه (۲):

$$PDA_{ij} = \frac{\max(0, (X_{ij} - AV_j))}{AV_j},$$
$$NDA_{ij} = \frac{\max(0, (AV_j - X_{ij}))}{AV_j}$$

اگر معیار جنبه منفی داشته باشد، از رابطه زیر استفاده می‌شود. جنبه منفی یعنی کاهش معیار باعث سود می‌شود.

رابطه (۳):

$$PDA_{ij} = \frac{\max(0, (AV_j - X_{ij}))}{AV_j},$$
$$NDA_{ij} = \frac{\max(0, (X_{ij} - AV_j)))}{AV_j},$$

جدول ۲. ماتریس فاصله مثبت و منفی از میانگین

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۱

PDA	**C1**	**C2**	**C3**	**C4**	**C5**	**C6**
A1	۰/۰۰۲۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۶۰۰	۰/۰۹۸۰	۰/۰۰۰
A2	/۰۰۲۰	۲/۶۲۴۰	۳/۹۷۴۰	۰/۲۳۰۰	۰/۳۸۶۰	۰/۰۰۰
A3	/۰۰۲۰	۰/۹۹۸۰	۰/۰۰۰	۰/۱۸۸۰	۰/۰۰۰	۰/۴۳۶۰
A4	۰,۹۹۲۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۹۲۰	۰/۸۰۶۰	۰/۰۰۰
A5	/۰۰۲۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۳۰۰	۰/۰۸۰۰	۰/۱۷۲۰
NDA	C1	C2	C3	C4	C5	C6
A1	۰/۰۰۰	۰/۷۶۶	۰/۷۹۶	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۱۸۲
A2	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۷۶۴
A3	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۴۴۲	۰/۰۰۰	۰/۳۷۰	۰/۰۰۰
A4	۰/۰۰۰	۰/۹۰۴	۰/۸۳۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۶۶۲
A5	۰/۰۰۰	۰/۹۵۲	۰/۹۰۴	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

سپس با استفاده از روابط زیر مقادیر SP و SN محاسبه می‌شود. درواقع این گام وزن‌دار کردن مقادیر PDA و NDA مرحله قبل است و باید وزن معیارها در این متغیرها ضرب شود. وزن معیارها توسط تکنیک SWARA محاسبه شده است. با استفاده از روابط زیر، مقادیر SPو SN را که در مرحله قبل محاسبه شد، نرمال می‌کنیم. رابطه‌های (٤) و (٥):

$$NSP_i = \frac{SP_i}{\max_i (SP_i)}; \qquad SP_i = \sum_{j=1}^{m} w_j PDA_{ij};$$

$$NSN_i = 1 - \frac{SN_i}{\max_i (SN_i)}. \qquad SN_i = \sum_{j=1}^{m} w_j NDA_{ij},$$

جدول ۳. محاسبه مقادیر SP وSN و نرمال SP وSN

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱٤۰۱

نواحی	SPi	SNi	NSpi	NSni
A1	۰/۰٤٤	۰/۳۱۱	۰/۰۳۲	۰/۱۸۸
A2	۱/۳٤۹	۰/۰٦٦	۱/۰۰۰	۰/۸۲٦
A3	۰/۲۲٤	۰/۱۳٤	۰/۱٦٦	۰/٦٥۱
A4	۰/۳۹۸	۰/۳۸۳	۰/۲۹٥	۰/۰۰۰
A5	۰/۰٥۳	۰/۳٤۹	۰/۰۳۹	۰/۰۹۰

در گام نهایی با استفاده از رابطه (٦) امتیاز نهایی گزینه‌ها را محاسبه کرده و سپس آن‌ها را رتبه‌بندی می‌کنیم. مطابق نتایج، ناحیه‌های ۲ و ۳ به لحاظ سلامت و خودبسندگی در برابر اپیدمی کوید-۱۹ در رتبه‌های ۱ و ۲ قرار دارند. رابطه (٦):

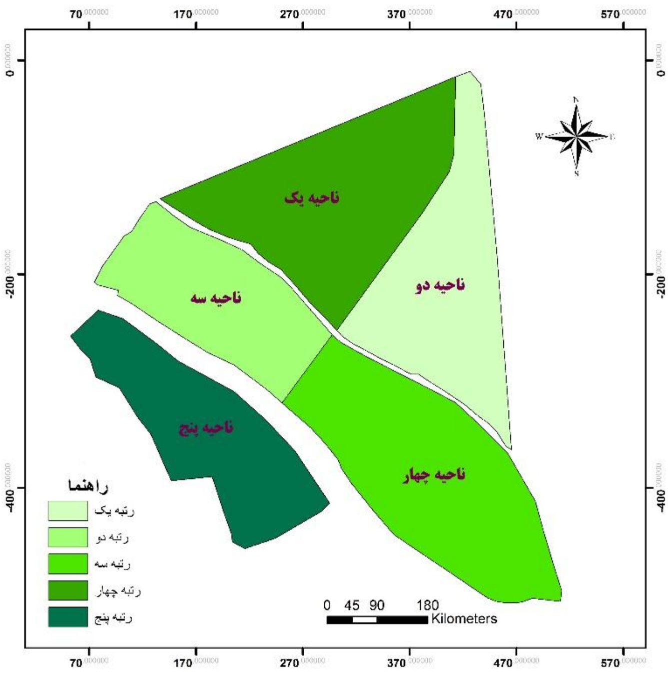
$$AS_i = \frac{1}{2}(NSP_i + NSN_i),$$

where $0 \leqslant AS_i \leqslant 1$.

جدول ٤. رتبه‌بندی نهایی گزینه‌ها

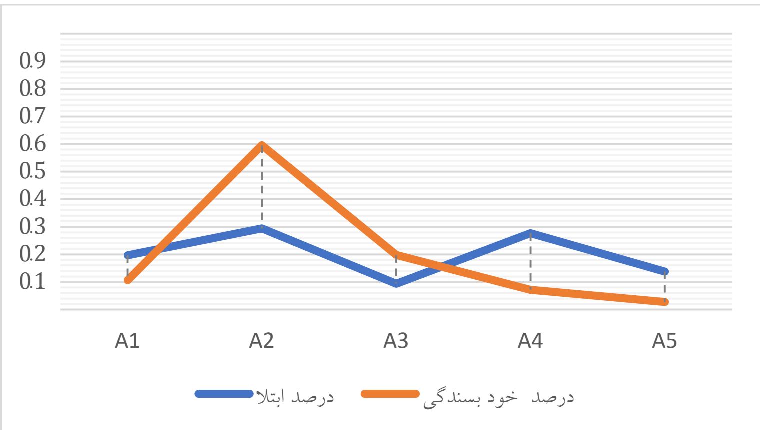
مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱٤۰۱

ناحیه	ASi	Rank
A1	۰/۱۱۰	٤
A2	۰/۹۱۳	۱
A3	۰/٤۰۹	۲
A4	۰/۱٤۷	۳
A5	۰/۰٦٥	٥



شکل ۳. بررسی وضعیت خودبسندگی در نواحی پنج‌گانه شهر جیرفت

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱٤۰۱



شکل ٤. بررسی تطبیقی وضعیت خودبسندگی و ابتلا در نواحی پنج‌گانه شهر جیرفت

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱٤۰۱

۵. ۲. شناسایی محتمل‌ترین نتایج ممکن و راهکارهای اصلاحی وضعیت فعلی شهر جیرفت با استفاده از تکنیک تحلیل عملکرد-اهمیت (IPA)

در این مرحله پژوهش از پرسش‌نامه‌ای حاوی ۱۶ مؤلفه و راهکار محتمل که در گام‌های قبل پژوهش تحلیل و به دست آمد، در بین ۱۰ نفر از صاحب‌نظران حوزه و ستاد مبارزه با ویروس کرونا در شهر جیرفت (ناظران، مسئولان فرمانداری مرتبط با حوزه اپیدمی و کارشناسان مراکز بهداشت) توزیع شد. از کارشناسان خواسته شد که از یک سو میزان «اهمیت (وضع مطلوب)» و از سوی دیگر «عملکرد (وضع موجود عوامل)» را تعیین کنند که براساس طیف لیکرت پنج‌تایی انجام شد. در ادامه داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌ها وارد نرم‌افزار Excel شد و به تحلیل داده‌ها پرداخته شد؛ یعنی یکپارچه‌سازی آن‌ها از طریق میانگین هندسی شروع شد تا درنهایت اهمیت و عملکرد هریک از راهکارهای محتمل به دست آید؛ بدین ترتیب b_j ارزش نهایی اهمیت و c_j ارزش نهایی عملکرد مشخصه j ام نامیده می‌شود که حاصل نظر جمعی p کارشناس است. رابطه‌های (۷) و (۸):

$$c_j = \left(\prod_{i=1}^{n} c_{jp}\right)^{1/n} \text{ ارزش نهایی عملکرد} \qquad b_j = \left(\prod_{i=1}^{n} b_{jp}\right)^{1/n} \text{ ارزش نهایی اهمیت}$$

جدول ۵. یکپارچه‌سازی داده‌های حاصل از پرسش‌نامه

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۱

کد	راهکارهای محتمل	اهمیت	عملکرد
C1	پرداخت هزینه حداقل معیشت مردم	۳/۵۴۲	۲/۱۰۷
C2	تمدید وام‌های بانکی، تمدید تاریخ انقضای کارت‌های بانکی، تسهیل دورکاری برای کارمندان	۳/۷۴۳	۲/۶۵۶
C3	آموزش خدمات الکترونیکی از طریق رسانه‌های عمومی و آپ‌های تلفن‌های هوشمند به مردم	۳/۶۳۷	۲/۳۵۲
C4	قرار دادن انتظامات فعال برای هر سازمان و ادارات به‌خصوص در امکان‌هاو به‌ویژه بانک‌ها	۴/۶۷۶	۱/۳۲۰
C5	افزایش تعداد نیروی‌های نظارتی برای بازرسی از مکان‌ها و مراکز با توجه به محدود	۳/۹۴۹	۲/۰۳
C6	اخذ بودجه مجزا برای هر سازمان و ارگان به‌عنوان مقابله با بیماری‌های اپیدمی	۴/۷۵۲	۱/۷۶۲
C7	افزایش تعداد مراکز ضروری و حیاتی شهر نظیر بانک‌ها و یا توجه محدودیت تعداد	۴/۳۱۷	۲/۰۸۳

کد	راهکارهای محتمل	اهمیت	عملکرد
C8	تلاش برای تغییر ساختار شهری از تک مرکزیت به چند مرکزیت	۴/۳۴۵	**۱/۷۶۲**
C9	تشکیل سازمان‌های مردم نهادی محله محور بر پایه مشارکت حداکثر	۳/۹۴۹	**۳/۳۴۴**
C10	بازنگری در سطوح سرانه کاربری‌های در مانی و بهداشتی	۳/۷۲۸	**۳/۴۲۰**
C11	انتقال ادارات دولتی و بانک‌ها به مناطق کم‌جمعیت	۳/۸۶۲	**۱/۵۹۷**
C12	ساخت مراکز تجاری و خرید در شهرک‌های مسکونی اطراف	۴/۰۱۲	**۳/۸۹۸**
C13	یک‌طرفه و سرپوشیده کردن خیابان طالقانی جنوبی و با حذف ماشین از این راسته	۳/۸۳۷	**۲/۲۱۵**
C14	جابه‌جایی ایستگاه‌های تاکسی و اتوبوس از چهارراه فرمانداری و مکان‌یابی بهینه این ایستگاه‌ها	۳/۳۶۲	**۳/۲۸۴**
C15	جابه‌جایی مطب دکترها از خیابان رجایی با ایجاد ساختمان پزشکان در خیابان‌های فرعی	۴/۸۹۰	**۱/۰۷۲**
C16	ارائه زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی به ناحیه پنج	۳/۶۶۹	**۳/۰۵۱**

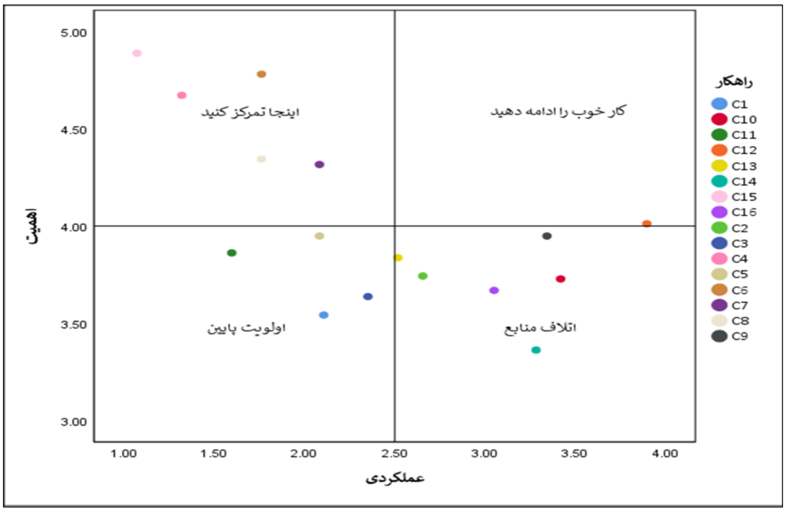
در ادامه ارزش آستانه اهمیت و عملکرد تعیین می‌شود. ارزش آستانه برای تعیین خانه‌های ماتریس IPA به کار می‌رود. برای تعیین ارزش آستانه از میانگین حسابی استفاده می‌شود. ارزش آستانه اهمیت و ارزش آستانه عملکرد به ترتیب با μ_b و μ_c نمایش داده می‌شوند: روابط (۹) و (۱۰):

$$\text{ارزش آستانه اهمیت}\ \mu_b = \frac{\sum_{i=1}^{n} bi\mu}{m} \qquad \text{ارزش آستانه عملکرد}\ \mu_c = \frac{\sum_{i=1}^{n} ci}{m}$$

محاسبه ارزش آستانه اهمیت و عملکرد با استفاده از روابط (۱۱) و (۱۲) به شرح زیر است:

$$\text{ارزش آستانه اهمیت}\ \mu_b = \frac{60.757}{16} = 2.394 \qquad \text{ارزش آستانه عملکرد}\ \mu_c = \frac{38.308}{16} = 4.019$$

اکنون موقعیت نسبی هریک از مشخصه‌ها را روی ماتریس اهمیت- عملکرد مشخص کنید.



شکل ۵. ماتریس ربعی تحلیل عملکرد راهکارهای محتمل در وضعیت اپیدمی

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۴۰۱

مؤلفه‌هایی در ربع اول ماتریس، جایی که اولویت فعلی برای تغییر بهبود عملکرد است، قرار می‌گیرد. در گام نهایی، تحلیل اهمیت عملکرد برای تعیین اولویت به‌منظور بهبود وزن هریک از راهکارها محاسبه می‌شود. براساس نظر و همکاران، شکاف بین ارزش کیفی i ام را نشان دهد. وزن مؤلفه i ام با (OW_i) نشان داده می‌شود (قلی‌پور و رازینی، ۱۳۹۵، ص.۵۰) که از طریق رابطه (۱۳) به دست می‌آید:

$$ow_i = |(b_i - c_i \times b_i)|$$

برای سهولت بیشتر به‌منظور تجزیه‌وتحلیل، آن را به‌صورت زیر نرمالیزه کنید؛ رابطه (۱۴):

$$sw_i = \frac{ow_i}{\sum_{i=1}^{m} ow_i}\ , \qquad 0 \le sw_i \le 1\ , \sum_{i=1}^{m} sw_i = 1$$

حال مشخصه‌هایی که دارای SWj بیشتری هستند، باید در اولویت بالاتر برای بهبود قرار گیرند. همان‌طورکه در شکل ۵ مشاهده شد، راهکار C15 (۱)، C4 (۲)، C6 (۳)، C8 (۴) و C7 (۵) در ربع «اینجا تمرکز کنید» قرارگرفته اند؛ بنابراین با توجه به وزن‌های محاسبه‌شده برای هر مشخصه در جدول اولویت برنامه‌ریزی قرار می‌گیرند.

جدول ٦. ارزش نهایی اهمیت و عملکرد (راهکارها)

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ١٤٠١

راهکارهای محتمل	OW_i	SW_i	اولویت
C1	٥/٠٨٣	٠/٠٤٣	٩
C2	٤/٠٦٨	٠/٠٣٧	١١
C3	٤/٦٧٣	٠/٠٤٢	١٠
C4	١٥/٦٩٧	٠/١٤١	٢
C5	٧/٣٦٨	٠/٠٦٦	٧
C6	١٤/٤٤١	٠/١٣٠	٣
C7	٩/٦٤٨	٠/٠٨٧	٥
C8	١١/٢٢٦	٠/١٠١	٤
C9	٢/٣٨٧	٠/٠٢١	١٢
C10	١/١٤٩	٠/٠١٠	١٤
C11	٨/٧٤٤	٠/٠٧٩	٦
C12	٠/٤٥٦	٠/٠٠٤	١٥
C13	٥/٠٦٠	٠/٠٤٦	٨
C14	٠/٢٦٢	٠/٠٠٢	١٦
C15	١٨/٦٦٨	٠/١٦٨	١
C16	٢/٢٦٧	٠/٠٢٠	١٣

٦. نتیجه‌گیری و پیشنهادها

از منظر بهسازی و توسعهٔ شهری، توانایی شهر برای پاسخ‌گویی به یک شیوع، به ثبات و سالم بودن امکانات موجود برای سلامت و بهداشت عمومی، عقلانی بود توزیع فضایی و سازگاری میان امکانات و زیرساخت‌های مربوط به سلامت و بهداشت بستگی دارد. درنهایت، این امر به ظرفیت-های مدیریتی شهر از سطوح کلان تا خرد وابسته است. اگر شهر ظرفیت مدیریتی کافی داشته باشد، این امکان وجود دارد با منابع موجود که نسبتاً ناکافی است، به نتایج نسبتاً بهتری دست یافته شود. در طول دورهٔ اپیدمی، نه‌تنها فقط امکانات پزشکی، بلکه کارکردهای شهری و ساختار فضایی نیز باید به سرعت با فاجعه متناسب و سازگار شود و به‌عنوان محیط خودبسنده عمل کند. در

پژوهش حاضر ابتدا به بررسی توزیع فضایی سلامت و اپیدمی در نواحی شهر و در ادامه به ارائه محتمل‌ترین راهکار برای بهبود وضعیت خودبسندگی شهر جیرفت در شرایط کوید-۱۹ پرداخته شد.

نتایج پژوهش نشان می‌دهد، شهر جیرفت به‌طورکل به‌عنوان محیط خودبسنده عمل نکرده است. تنها ناحیه ۲ به دلیل تمرکز مؤلفه‌های سلامت شهری توانسته است در برابر اپیدمی نسبتاً خودبسنده باشد. در این ناحیه به‌خاطر قرارگیری در محور اصلی کرمان-جیرفت و نیز شهرک صنعتی در آن، دارای بیشترین پهنه فعالیتی و خدماتی است. در رتبه بعد ناحیه ۳ قرار دارد که در نیمه شمال شهر قدیم بوده و در مقایسه با دیگر نواحی وسعت کمتری دارد. توزیع جمعیت به‌صورت نرمال پخش است و کانون‌های جذب و ازدحام وجود ندارد.

در رتبه بعدی ناحیه ٤ قرار دارد که بزرگ‌ترین ناحیه شهر، بافت مرکزی شهر و محل تجمع کاربری‌های خدماتی است. ارجاعات زیاد روزانه زیادی به این مرکز است که احتمال شیوع زیاد است، ولی به لحاظ دسترسی به خدمات درمانی دارای پتانسیل بهتری در مقایسه با ناحیه‌های ۱ و ۵ است و در رتبه ۵ ناحیه ۱ قرار دارد. در ناحیه ۱ به دلیل وجود مجتمع‌های آپارتمانی درصد ابتلا زیاد است و با توجه به خدمات درمانی- بهداشتی از خودبسندگی کمی در مقایسه با جمعیت برخوردار است. این ناحیه یکی از نواحی مرفه‌نشین شهر جیرفت است که نتایج تحقیق با نتایج پژوهش طهماسبی مقدم (۱٤۰۰) که هم‌زمان با تحقیق حاضر در شهر زنجان انجام گرفته است، مغایرت دارد؛ زیرا این پژوهش اذعان دارد که سکونتگاه‌های غیررسمی نه‌تنها انواع چالش‌ها را نسبت به ساکنان مرفه‌نشین شهری تجربه می‌کنند، بلکه چالش‌های آن‌ها اغلب با تاب‌آوری هسته شهری ارتباط منفی دارد و این سکونتگاه‌ها در طول بحران‌ها بسیار آسیب‌پذیر هستند و هنگامی که با شوک‌های خارجی شدید مواجه می‌شوند، توانایی کمتری برای مقابله با اثرات سلامت و مالی آن دارند (طهماسبی‌مقدم، ۱٤۰۰، ص. ۲۸۰)، ولی در شهر جیرفت در ناحیه مرفه‌نشین بیشتر است که دانشگاه علوم پزشکی درصد زیاد آپارتمان‌نشینی و رعایت موارد مربوط نظیر رعایت‌نشدن استفاده از ماسک و برخوردهای اجتماعی از علت‌های آن ذکر کرده است. درنهایت ناحیه ۵ دارای کمترین پهنه فعالیت است و بیشتر این ناحیه را پهنه سکونتی تشکیل می‌دهد. علت را می‌توان در روستایی بودن این بافت ملحق‌شده به شهر جست‌وجو کرد. ناحیه ۵ که محلات کلرود و کهوریه

را شامل می‌شود، از تجهیزات ناچیز بهداشتی و درمانی برخوردار است که در حد دو مرکز بهداشت است و برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی باید به مراکز شهر مراجعه کنند. مالیمر و همکاران (۱۳۹۹) در مقاله‌ای به این نتیجه دست یافتند که ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مناسب در سطح شهر می‌تواند شیب افزایشی مبتلایان را تاحدودی کنترل کند (مالیمر و همکاران، ۱۳۹۹، ص. ۱۱)؛ ازاین‌رو نتایج حاصل با نتایج تحقیق مذکور که درصد کم خودبسندگی در برابر کوید-۱۹ در ناحیه ۵ شهری ناشی از کمبود خدمات بهداشتی و درمانی است، از همبستگی زیادی برخوردار است.

همان‌گونه که در بخش روش‌شناسی گفته شد، برمبنای نظر مجموعه‌ای از خبرگان و مشرفان بر وضعیت اپیدمی در شهر جیرفت از طریق تحلیل اهمیت-عملکرد، موقعیت نسبی و اولویت توجه به هریک از مؤلفه‌ها در چارچوب ماتریس ربعی شناسایی شدند؛ مؤلفه‌هایی که در ربع اول ماتریس یعنی جایی که اولویت فعلی برای تغییر و بهبود قرار می‌گیرند. مؤلفه‌های اولویت‌داری که در این ربع قرار می‌گیرند، درمجموع مدنظر باید قرار گیرند.

با توجه به محدودیت منابع و اضطراری بودن شرایط و نیازمند به اجرای استراتژی‌های بهینه در کوتاه‌مدت، لازم است از صرف منبع برای تحقق مؤلفه‌های واقع در ربع چهارم ماتریس کاسته شده و به مؤلفه‌های ربع اول اختصاص داده شود. مؤلفه‌های ربع چهارم عبارت‌اند از: بازنگری در سطوح سرانه کاربری‌های درمانی و بهداشتی؛ تشکیل سازمان‌های مردم نهادی محله محور بر پایه مشارکت حداکثر؛ جابجایی ایستگاه‌های تاکسی و اتوبوس از چهارراه فرمانداری و مکان‌یابی بهینه این ایستگاه‌ها؛ ارائه زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی به ناحیه پنج؛ تمدید وام‌های بانکی، تمدید تاریخ انقضای کارت‌های بانکی، تسهیل دورکاری برای کارمندان و یک‌طرفه و سرپوشیده کردن خیابان طالقانی جنوبی و با حذف ماشین از این راسته. مؤلفه‌های قرارگرفته در ربع دوم (کار خوب را ادامه دهید) مؤلفه‌هایی هستند که بین اهمیت و عملکرد آن‌ها تناسب وجود دارد و لازم است همچنان رویه قبلی درباره آن‌ها استمرار یابد. این مؤلفه‌ها عبارت‌اند از: انتقال مراکز تجاری و خرید در شهرک‌های مسکونی اطراف و ممانعت از ازدحام جمعیت و تمرکز فعالیت‌ها در چند نقطه خاص از شهر.

نکته مهم درمورد مؤلفه‌هایی که در ربع سوم قرار گرفته‌اند، این است که اگرچه در مقایسه با دیگر مؤلفه‌ها اولویت پایینی دارند، اهمیت مطلق آن‌ها در تحول و تغییر وضعیت فعلی کنترل و

مدیریت اپیدمی زیاد است و برای تحقق کنترل در کوتاه‌مدت لازم است توجه کمتری به موارد ذیل شود و جریان صرف منابع در این مؤلفه‌ها به مؤلفه‌های ربع اول منتقل شود. راهکارهای این بعد، پرداخت هزینه حداقل معیشت مردم، آموزش خدمات الکترونیکی از طریق رسانه‌های عمومی و آپ‌های تلفن‌های هوشمند به مردم و انتقال ادارات دولتی و بانک‌ها به مناطق کم‌جمعیت است. این پژوهش اولویت‌های ربع اول ماتریس را به‌عنوان راهکار عملی برای کنترل و مدیریت مسئله پژوهش، به‌طور قوی پیشنهاد می‌دهد. با توجه به حجم زیاد فعالیت‌ها در یک هسته از شهر و حضور افراد با هدف درمان، خرید، تأمین نیازهای ضروری، خدمات بانکی و اداری، امکان برخورد افراد بیشتر می‌شود و ازآنجایی‌که ازدحام با شیوع زیاد اپیدمی رابطه مستقیم دارد و با خودبسندگی شهر رابطه معکوس دارد، پیشنهادهای مذکور معقول است و پیشنهادهایی را که برای نتایج حاصل از تکنیک ایداس قابل‌ارائه بود، نیز پوشش می‌دهد. راهکارها عبارت‌اند از:

اولویت اول: جابه‌جایی مطب دکترها از خیابان رجایی با ایجاد ساختمان پزشکان تخصصی در خیابان‌های فرعی؛

اولویت دوم: قرار دادن انتظامات فعال برای هر سازمان و ادارات به‌خصوص در امکان‌ها به‌ویژه بانک‌ها؛

اولویت سوم: دریافت بودجه مجزا برای هر سازمان و ارگان به‌عنوان مقابله با بیماری‌های اپیدمی؛

اولویت چهارم: افزایش تعداد مراکز ضروری و حیاتی شهر نظیر بانک‌ها و با توجه محدودیت تعداد؛

اولویت پنجم: تلاش برای تغییر ساختار شهری از تک‌هسته‌ای به سمت ساختار چندمرکزیو علاوه‌بر پیشنهادهای حاصل از مدل راهبردی پژوهش، پیشنهاد می‌شود خدمات بهداشتی و درمانی در منطقه ۵ (محلات کلرود و کهوریه) شهری به‌صورت عادلانه‌تر توزیع شود؛ ضمن اینکه این ناحیه کالبد روستایی دارد. این ناحیه در طرح جدید جامع شهری (مصوب ۱۳۹۸) جزو شهر قرار گرفته و توسط رودخانه هلیل از بدن اصلی شهر جدا شده است و در دسترسی سریع و آسان به خدمات اصلی به‌خصوص بهداشتی و درمانی، از استاندارد لازم فاصله دارد.

کتابنامه

۱. ایمانی جاجرمی، ح. (۱۳۹۹). پیامدهای اجتماعی شیوع ویروس کرونا در جامعه ایران. ارزیابی تاثیرات اجتماعی (ویژه نامه پیامدهای شیوع ویروس کرونا-کووید ۱۹)، ۱ (۲)، ۸۷-۱۰۳.

۲. بازرگان، م.، و امیرفخریان، م.(۱۳۹۹). تحلیل جغرافیایی اپیدمیولوژی کووید-۱۹ در ایران با رویکرد تحلیل اکتشافی داده‌های مکانی (ESDA). مجله طب نظامی. ۲۲ (٦)، ٥٤٢-٥٥٢.

۳. پاکزاد، ا.، کریمی، ح.، و وحدانی، م. (١٤٠٠). ارائه روشی جهت بهبود پدیده تغییرات رتبه در مدل تصمیم‌گیری EDAS، هفتمین کنفرانس بین‌المللی مهندسی صنایع و سیستم‌ها، مشهد. ۱۷ شهریور ١٤٠٠ https://civilica.com/doc/1279390

٤. حائری، و. (۱۳۹۹). اقدامات محلی در بحران‌های جهانی- حق بر شهر و نقش مراکز حمایت اجتماعی و مدیریت بحران محلات در مقابله با شیوع بیماری کرونا (شهر تهران). ارزیابی تاثیرات اجتماعی (ویژه نامه پیامدهای شیوع ویروس کرونا-کووید ۱۹))، ۱(۲)، ۲۵۵-۲۸۱.

۵. خمرنیا، م.، گیوند، م.، ستوده زاده، ف. (١٤٠٠). تشدید چالش‌های حوزه سلامت در استان‌های کم برخوردار: تأثیر پاندمی کرونا، مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، ۸ (۱)، ٥٤٣-٥٤٤.

٦. سالاری سردری، ف و کیانی، ا. (۱۳۹۹). مدیریت شهری و COVID-19: تحلیل شهر سالم در شهر مرزی زابل و شهر عسلویه، فصلنامه چشم‌انداز شهرهای آینده، ۱ (٤)، زمستان ۱۳۹۹، ۱-۲۲.

۷. شیخ‌زاده، ف.، محمدی، م.، شاهیوندی، ا. (۱۳۹۷). تدوین الگوی برنامه‌ریزی راهبردی محله محور با تأکید بر رویکرد شهر سالم (مطالعه موردی: محله ساربان شهر بجنورد)، مجله جغرافیا و توسعه فضای شهری، ۵ (۱)، ۹۳ ـ ۱۱۱.

۸. شیرمحمدی، م.، پیری، ع.، مشکینی، ا.، کلانتری، م.(١٤٠٠). تبیین الگوی تاب‌آوری شهر در مقابله با بلایای بیولوژیکی و بیماری‌های واگیردار (مورد پژوهی: کووید ۱۹ در شهر زنجان). مطالعات جغرافیایی مناطق خشک، ۱۱ (٤٤)، ۷۱-۵۲.

۹. ظفرمند، س و کلانتری، م. (۱۳۹۳). خودبسندگی در معماری. سومین کنفرانس سلانه بین المللی عمران، معماری، شهرسازی. ۲۲ تیر ماه ۱۳۹٦. https://civilica.com/doc/636306/

۱۰. طهماسبی مقدم، ح. (١٤٠٠). تبیین تاب‌آوری اجتماعی در برابر پاندمی کرونا با تاکید بر سلامت شهری، رسال دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه زنجان، به راهنمایی دکتر محسن احدنژاد روشتی.١٤٠٠.

۱۱. غضنفر پور، ح.، صداقت کیش، م.، سلیمانی دامنه، م.، صباحی گراغانی، ی. (۱۳۹۸). سنجش واکنش مدیران شهری در رویارویی با مخاطرهٔ محیطی سیل با تأکید بر تاب‌آوری (مطالعه موردی: شهر جیرفت)، جغرافیا و پایداری محیط، ۹ (۱)، ۱۲۷–۱۰۷.

۱۲. *قاسمی، ا. (۱۳۹۹)*. پیامدهای کرونا بر شهر و شهرسازی آینده، *فصلنامه* علمی_ تخصصی ارزیابی تأثیرات اجتماعی (ویژه‌نامه شیوع ویروس کرونا ـ کووید ۱۹)، ۲(۱)، ۲۵۳ ـ ۲۲۷.

۱۳. قلی پور، ح.، و رازینی، ر. (۱۳۹۵). تحلیل مؤلفه‌های خط مشی تحول علوم انسانی با استفاده از رویکرد تحلیل اهمیت–عملکرد، مطالعات راهبردی بسیج، ۱۹(۷۰)، ٤١–٧٠.

۱٤. مالمیر، ر.، ماهر، ع.، طغیانی، ر و صفری، م.ص. (۱۳۹۹). مدیریت بحران بیماری کووید ۱۹: باز مهندسی نظام ارئه خدمات سلامت در ایران. مجله علمی- پژوهشی سازمان نظام مپزشکی، دوره ۳۸ (۱)، ۱۸–۱۱.

۱۵. مجتبوی، س. م.، عبداله‌زاده، ندا.، سرمدی، ص. (۱٤۰۰). واکاوی مؤلفه‌های مؤثر بر ارتقاء سلامت در فضای مسکونی در دوران کرونا و پساکرونا (نمونه‌ی موردی: مجتمع مسکونی ششصد دستگاه مشهد)، مطالعات هنرهای زیبا، (٦)۲، ۲۱–۱۳.

۱٦. مختاری، ا. و ایلانلو، م.(۱۳۹٦). تحلیلی بر شاخص‌های شهر سالم (مطالعه موردی: شهر بندر امام خمینی (ره)، جغرافیا (فصلنامه علمی ـ پژوهشی و بین‌المللی انجمن جغرافیای ایران)، دوره جدید، ۱۵ (۵۵)، ۳۲۰ ـ ۲۹۷.

۱۷. مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی شهر تهران. (۱۳۹۹). راهبرد پاسخ‌دهی کارکردی- فضایی شهری به اپیدمی، کتابچهٔ راهنما دربارهٔ مدیریت وضع اضطراری شهری، دانشگاه جنوب شرق چین، ترجمه زهره دودانکه. تاریخ گزارش ۱۰/۱۸/ ۱۳۹۹.

۱۸. مهندسین مشاور آمودان (۱۳۹۸). طرح جامع شهر جیرفت.

19. Abusaada, H., & Elshater, A. (2020). COVID-19's challenges to urbanism: social distancing and the phenomenon of boredom in urban spaces. *Journal of urbanism: International research on placemaking and urban sustainability*, 15(2), 258-260.

20. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: a rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920.

21. Connolly, C., Keil, R., & Ali, S. H. (2020). Extended urbanization and the spatialities of infectious disease: Demographic change, infrastructure, and governance. *Urban Studies*, 58 (2), 245-263.

22. Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, *63*(1), e32.
23. Haggett, P. (1994). Geographical aspects of the emergence of infectious *diseases, Geografiska Annaler. Series B, Human Geography,* 76(2): 91-104
24. Kearns, R.A. (1993). Place and health: Towards reformed medical geography. *The Professional Geographer.* 45(2): 139–147
25. Li, J., Yang, Z., Qiu, H., Wang, Y., Jian, L., Ji, J., & Li, K. (2020). Anxiety and depression among the general population in China at the peak of the COVID-19 epidemic. *World Psychiatry*, *19*(2), 249.
26. Liu, L. (2020). Emerging study on the transmission of the Novel Coronavirus (COVID-19) from urban perspective: evidence from China. *Cities*, 103(2020): 102759.
27. Mayer, J.D. (1996). The political ecology of disease as one new focus for medical geography, *Progress in Human Geography*, 20(4), 441–456.
28. Mishra,, N. P., Das, S. S., Yadav, S., Khan, W., Afzal, M., Alarifi, A., ... & Nayak, A. K. (2020).Global impacts of pre- and post-COVID-19 pandemic: Focus on socio-economic consequences, *Sensors International*, 1, p. 100042. doi: 10.1016/j.sintl.2020.100042.
29. Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., & Arango, C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry,* 7 (9), 813–24.
30. Mouratidis, K. (2022). COVID-19 and the compact city: Implications for well-being and sustainable urban planning. Science of the Total Environment, 811, 152332.
31. Babroudi, N. E. P., Sabri-Laghaie, K., & Ghoushchi, N. G. (2021). Re-evaluation of the healthcare service quality criteria for the COVID-19 pandemic: Z-number fuzzy cognitive map. *Applied Soft Computing*, 112, 107775.
32. Patrick, S. W., Henkhaus, L. E., Zickafoose, J. S., Lovell, K., Halvorson, A., Loch, S., ... & Davis, M. M. (2020*).* well-being of parents and children during the COVID-19 pandemic: a national survey. *Pediatrics*, *146*(4).
33. Siniscalchi, J. M., Beale, E. K., & Fortuna, A. (2008). Using importance-performance analysis to evaluate training. *Performance Improvement*, *47*(10), 30-35.
34. Tian X, An C, Chen Z, Tian Z. (2021). Assessing the impact of COVID-19 pandemic on urban transportation and air quality in Canada. *Sci Total Environ*. 2021 Apr 15; 765:144270
35. White, R. G., & Van Der Boor, C. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic and initial period of lockdown on the mental health and well-being of adults in the UK, *BJPsych open*., 6(5), e90.
36. Wilkinson, A. (2020). Local response in health emergencies: key considerations for addressing the COVID-19 pandemic in informal urban settlements. *Environment and Urbanization.* 32(2), 503-522.

37. World Bank (2020).Urban Development, April 2020, available at *https://www.worldbank.org/en/topic/urbandevelopment/overview*.
38. www.https://jmu.ac.ir./